

CERTIFICATO PER DIETA SPECIALE
ai fini della ristorazione scolastica

Data _____

Si certifica che il bambino/a _____ M F

Nato/a il _____ presenta:

ALLERGIA ALIMENTARE (possibilità di reazioni gravi fino allo shock anafilattico
che necessita di pronta disponibilità di Adrenalina autoiniettabile)

Si

No

Rilevato in base alle seguenti procedure diagnostiche:

- Esami in vivo (es.: Prick test, Prick by Prick)
- Esami in vitro (es.: IgE specifiche, RAST, ISAC)
- Biopsia intestinale
- Breath test
- test di provocazione orale

INTOLLERANZA ALIMENTARE

CELIACHIA

MALATTIA METABOLICA

ALTRA PATOLOGIA _____

N.B.: Si fa presente che verranno considerare solo certificazioni mediche riportanti tests diagnostici riconosciuti dal Ministero della Salute.

Si richiede pertanto una **DIETA PRIVA DEI SEGUENTI ALIMENTI:**

Durata della dieta speciale

Intero ciclo scolastico

Intero anno scolastico

N° _____ mesi

Timbro e firma del Medico Curante